



### Formulario de Admisión de Accidente de Automóvil

#### INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA EL PACIENTE

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Años: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Fecha del accidente: \_\_\_\_\_ Tiempo del accidente: \_\_\_\_\_ am/pm Estado del Accidente: \_\_\_\_\_

Usted es titular de la póliza del vehículo? Si No Si no, nombre del titular de la póliza: \_\_\_\_\_

Informó el accidente a su seguro? Si No Nombre de la compañía de Seguros: \_\_\_\_\_

Si es así, por favor proporcione su número de reclamo: \_\_\_\_\_

Era la única persona en el vehículo en el momento del accidente? Si No

Si no, indique todas las personas en el vehículo: \_\_\_\_\_

Si no, fue usted el conductor del automóvil del titular de la póliza o de un pasajero? \_\_\_\_\_

Por favor describe el accidente con tus propias palabras: \_\_\_\_\_

Vino la policía al lugar del accidente? Si No Si es así, presentó una policía? Si No

Fueron citados por el accidente? Si No

Has obtenido un abogado? Si No Nombre del Abogado: \_\_\_\_\_

Perdiste la conciencia? Si No

Inmediatamente después del accidente, te sentiste ...? (Circulo): Mareado Aturdido Desorientado Nervioso Náuseas

Pudiste caminar sin ayuda? Si No

Enumere todas las áreas en las que sintió dolor después del accidente : \_\_\_\_\_

Enumere todas las áreas en las que sintió dolor los días después del accidente: \_\_\_\_\_

Fuiste al hospital / ER inmediatamente después del accidente? Si No

Si es así, ¿cómo llegaste al hospital / ER?: \_\_\_\_\_

Nombre del Hospital / ER: \_\_\_\_\_

Nombre del doctor que te atendió: \_\_\_\_\_

Tuviste X-Rays? Si No En caso afirmativo, ¿qué áreas fueron radiografiadas? \_\_\_\_\_

Si no, ¿buscó tratamiento en algún lugar para sus lesiones antes de hoy?? Si No

En caso, Nombre del médico que lo atendió.: \_\_\_\_\_

Son tus síntomas: (Circulo) Constante Intermitente

En comparación con la aparición, ¿sus síntomas son mejores, peores o iguales? \_\_\_\_\_

¿Tus síntomas te impiden dormir? Si No

¿Tus síntomas te impiden trabajar?? Si No Si, cuanto tiempo? Partir de Fecha: \_\_\_\_\_ Hasta la Fecha: \_\_\_\_\_

Lo que mejora tus síntomas? (Posiciones, actividades, calor / hielo, medicamentos) \_\_\_\_\_

Lo que irrita tus síntomas? (Posiciones, actividades, calor / hielo, medicamentos) \_\_\_\_\_

## Formulario de Admisión de Accidente de Automóvil

### INFORMACIÓN CONFIDENCIAL PARA EL PACIENTE

**Lo siguiente pertenece a su movimiento en el momento del impacto:**

Indique la posición de su cabeza en el momento del impacto (Circulo):

Inclinado Abajo      Inclinado Arriba      Girado a la Izquierda      Gira a la derecha

Tu cabeza sacudida? Si No      Si es así, en qué dirección? (Circulo):

Atrás y Adelante      Adelante y Atrás      Izquierda Derecha      Izquierda despues Derecha      Derecha después Izquierda

Velocidad de tú vehiculo (Circulo):

Detenido      Estacionado      Lento      Acelerador      Moviéndose aproximadamente \_\_\_\_\_ MPH

Si se detiene o disminuye la velocidad, la razón (Circulo):

Señal de tráfico      Señal de stop      Peatonal      Estacionamiento      Tráfico

En el momento del impacto, ¿sabía que el accidente era inminente?? Si No

En el momento del impacto, estaban ambas manos en el volante? Si No

En el momento del impacto, estabas usando el cinturón de seguridad? Si No

Su vehículo estaba equipado con una      Si No      Se desplegó? Si No  
bolsa de aire?

**Lo siguiente pertenece a usted y al vehículo en el que estaba**

Marca y Modelo: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

**Tipo de Vehículo (Circulo):**

Coche      Camioneta      Recoger      Vehículo de utilería deportiva      Carro de Estación      Camión Comercial

**Tamaño del vehículo (Circulo):**

Subcompacto      Compacto      Tamaño medio      Coche Grande      Camioneta      SUV      Otro:

**Por favor indique el daño al vehículo en el que estaba. (Circulo):**

Mínimo      Moderar      Grave      Totalizado

**Tipo de colisión (Circulo):**

Impacto Frontal      Impacto Trasero      Impacto Lateria

**El lado del conductor:**

Frente      Medio      Posterior

**Lado del pasajero:**

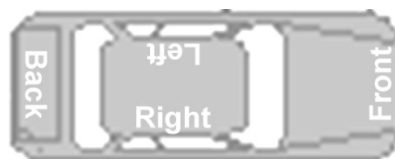
Frente      Medio      Posterior

Su posición en el vehículo? (Circulo):      Conductor      Pasajero

Si pasajero, donde en la fila? (Circulo):

Pasajero Delantero      Pasajero Trasero      Pasajero de Tercera Fila

**Por favor, indique donde fue el golpeado su vehiculo:**



Al firmar a continuación, certifico que la información que proporciono es verdadera y correcta. Sé que es un delito llenar este formulario con datos que sé que son falsos o dejar de lado hechos que sé que son importantes.

Firma del Paciente / Parte Responsable \_\_\_\_\_ El día de hoy \_\_\_\_\_